副本

檔　　號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署　函

241 52
新北市三重區重新路5段609巷4號10樓

地址：106211 臺北市大安區信義路三段140號
聯絡人：張毓芬
聯絡電話：02-27065866　分機：2629
電子郵件：A111037@nhi.gov.tw

受文者：臺灣醫療暨生技器材工業同業公會

台灣醫療暨生技器材工業同業公會 收 114. 4. 10 文 檔號：114185

發文日期：中華民國114年4月9日
發文字號：健保醫字第1140661512號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：會議紀錄請至本署全球資訊網自行下載

主旨：本署114年3月12日召開之全民健康保險醫療給付費用醫院總額114年第1次研商議事會議紀錄，已公布於本署全球資訊網，下載方式如說明，請查照。

說明：旨揭會議紀錄請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額研商議事會議紀錄/醫院總額。

正本：王代表照元、石代表崇良、朱代表文洋、朱代表益宏、吳代表明賢、吳代表淑芬、吳代表鏘亮、李代表永川、李代表承光、李代表飛鵬、周代表思源、周代表雯雯、周代表慶明、孟代表令妤、林代表宏榮、侯代表勝茂、施代表壽全、洪代表世欣、張代表文瀚、張代表克士、張代表國寬、郭代表錫卿、陳代表玉瑩、陳代表志強、陳代表亮妤、陳代表威明、陳代表建宗、陳代表相國、陳代表振文、陳代表穆寬、童代表瑞龍、黃代表榮男、黃代表遵誠、楊代表邦宏、廖代表振成、劉代表碧珠、蔡代表易廷、謝代表文輝、謝代表景祥、羅代表永達、嚴代表玉華、蘇代表主榮(依姓氏筆劃排序)
副本：衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部社會保險司、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、台灣醫院協會、社團法人中華民國醫事檢驗

師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、臺灣醫療暨生技器材工業同業公會、本署各分區業務組、本署醫審及藥材組、社團法人台灣急診醫學會、社團法人台灣急診管理學會、台灣外傷醫學會、中華民國重症醫學會、台灣急救加護醫學會、社團法人台灣胸腔暨重症加護醫學會、衛生福利部護理及健康照護司、台灣婦產科醫學會、台灣家庭醫學醫學會、台灣內科醫學會、台灣感染症醫學會、社團法人台灣感染管制學會、衛生福利部疾病管制署、台灣術後加速康復學會

署長 石崇良

全民健康保險醫療給付費用醫院總額
114 年第 1 次研商議事會議紀錄

時間：114 年 3 月 12 日(三)下午 2 時

地點：本署 18 樓禮堂/視訊會議

主席：石署長崇良　　紀錄：張毓芬

出席代表（依姓氏筆劃排列）：

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
王照元代表	林宗憲(代)	陳玉瑩代表	陳玉瑩
朱文洋代表	朱文洋	陳志強代表	陳志強
朱益宏代表	朱益宏	陳代表亮妤	陳亮妤
吳明賢代表	黃雪玲(代)	陳威明代表	洪芳明(代)
吳淑芬代表	吳淑芬	陳建宗代表	劉燕瑩(代)
吳鏘亮代表	吳鏘亮	陳相國代表	潘仁修(代)
李永川代表	(請假)	陳振文代表	(請假)
李承光代表	李承光	陳穆寬代表	林慶雄(代)
李飛鵬代表	李飛鵬	童瑞龍代表	童瑞龍
周思源代表	周思源	黃榮男代表	蘇美惠(代)
周雯雯代表	周雯雯	黃遵誠代表	黃遵誠
周慶明代表	周慶明	楊邦宏代表	楊邦宏
孟令妤代表	孟令妤	廖振成代表	廖振成
林宏榮代表	林宏榮	劉碧珠代表	劉碧珠
侯勝茂代表	廖秋鐲(代)	蔡易廷代表	蔡易廷
施壽全代表	施壽全	謝文輝代表	謝文輝
洪世欣代表	洪世欣	謝景祥代表	謝景祥
張文瀚代表	林富滿(代)	羅永達代表	羅永達
張克士代表	張克士	嚴玉華代表	嚴玉華
張國寬代表	張國寬	蘇主榮代表	蘇主榮
郭錫卿代表	郭錫卿		

列席單位及人員：(*為線上與會人員名單)

衛生福利部社會保險司	陳淑華
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、劉于鳳
台灣醫院協會	林佩萩、董家琪、賴彥伶、顏正婷、吳昱嫺、王秀貞
中華民國醫師公會全國聯合會	謝沁妤
中華民國護理師護士公會全國聯合會	(請假)
中華民國物理治療師公會全國聯合會	歐育志
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	宋佳玲
中華民國藥師公會全國聯合會	林盛棠
中華民國醫事放射師公會全國聯合會	(請假)
臺灣醫療暨生技器材工業同業公會	(請假)
社團法人台灣急診醫學會	王斯弘、黃集仁
社團法人台灣急診管理學會	(請假)
台灣外傷醫學會	郭令偉
中華民國重症醫學會	馬辛一
台灣急救加護醫學會	(請假)
社團法人台灣胸腔暨重症加護醫學會	林定佑
衛生福利部護理及健康照護司	(請假)
台灣婦產科醫學	黃建霈
台灣家庭醫學醫學會	張嘉興
台灣內科醫學會	張孟源
台灣感染症醫學會	王振泰
社團法人台灣感染管制學會	王復德

衛生福利部疾病管制署	鄔豪欣、沈文凡
台灣術後加速康復學會	郭書麟
本署臺北業務組	李純馥*、韓佩軒*、賴淑玲*、張志銘*、許寶華*、許佩真*、高軒偉*、潘思潔*、游博雁*
本署北區業務組	張温温*、許菁菁*、蔡秀幸*、楊秀文*、林巽音*、廖佩琦*、黃素華*、陳姿伶*、吳秋芬*、邱冠霆*、胡嘉儒*、鄭岫軒*、詹媛媛*
本署中區業務組	丁增輝*、陳雪姝*、喻崇文*、謝秋萍*、李秀霞*、張傳慧*、何容甄*、林千婷*、陳品伶*、張毓芹*、李筱婷*、鄭瑛琳*、吳思熹*
本署南區業務組	林純美*、何尹琳*、黃紫雲*、郭俊麟*、吳佩寧*、許寶茹*、張智傑*、曾荃璞*
本署高屏業務組	林淑華*、許碧升*、郭怡妗*、邱姵穎*、劉彥均*、張慧娟*、張曉玲*、蕭晟儀*
本署東區業務組	黃兆杰*、羅亦珍*、詹蕙嘉*、陳珮毓*、江曉倩*、林祉萱*
本署醫審及藥材組	戴雪詠、許明慈、張淑雅、涂奇君、林其昌、張淑宜、涂巧玲、賴昱廷
本署醫務管理組	劉林義、黃珮珊、林右鈞、賴彥壯、陳依婕、呂姿曄、洪于淇、朱文玥、黃瓊萱、何懿庭、高翊庭、蔡宇婷、

張祐禎、李珮芳、陳聿萱
陳姿吟

壹、主席致詞：略。

貳、上次會議紀錄確認，請參閱（不宣讀）確認（略）。

決定：

一、修正113年第4次會議紀錄報告事項第四案「114年「全民健康保險醫療給付費用總額醫院部門研商議事會議」召開會議時程報告」,決定事項第二點「第1次會議日期為114年2月26日」,因全民健康保險會(下稱健保會)原預訂於114年2月26日召開全民健康保險會第7屆114年第1次會議(依健保會0122草案版)，第1次會議時間修正為「114年3月12日」。

二、餘洽悉。

參、報告事項

第一案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額研商議事會議開會規則。

決定：洽悉。

第二案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形。

決定：下列 2 項繼續列管，其餘解除列管。

一、序號2:慢性病人得一次領取慢性病連續處方箋總用藥量之適用條件。

二、序號6：轉診支付標準修訂案。

第三案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告。

決定：洽悉。

第四案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額 113 年第 3 季點值結算報告。

說明：

一、依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜。

二、113年第3季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值如下表：

區/項目	浮動點值	平均點值
臺北	0.87710252	0.93547125
北區	0.92743125	0.95672297
中區	0.91196237	0.95279122
南區	0.99969908	0.99059803
高屏	0.97524485	0.98204711
東區	1.02940356	1.00242641
全區	0.92156150	0.95781027

三、結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

決定：洽悉。

第五案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：114 年醫院總額一般服務預算四季重分配。

說明：

114 年醫院總額一般服務預算四季重分配：採 107-108 年及 112 年之各季醫療費用申報點數平均占率計算:第 1 季 24.097234%、第 2 季 24.986488%、第 3 季 25.301486%、第 4 季 25.614792%。

決定：洽悉。

第六案　　報告單位：台灣醫院協會

案由：114 年醫院總額風險調整移撥款預算分配案。

說明：114 年醫院總額風險調整移撥款預算分配案中分配方式及金額如下：

一、分配方式：

(一)2 億元續維持歷年風險調整計算六因素及權重計算分配。

(二)4 億元依循 113 年採地區預算 RS 值 107-109 年 3 年平均占率計算。

(三)0.5 億元遵健保會決議用於東區。

二、各分區金額如下：

項目 分區	原六因素及權重計算公式	107-109 年 RS 值平均占率	健保會決議	合計
臺北	17,114,824	142,897,852		160,012,676
北區	14,039,235	54,950,888		68,990,123
中區	16,959,217	72,104,768		89,063,985
南區	17,171,564	57,777,236		74,948,800
高屏	41,591,638	61,169,012		102,760,650
東區	93,123,522	11,100,244	50,000,000	154,223,766
合計	200,000,000	400,000,000	50,000,000	650,000,000

決定：洽悉。

第七案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：「114 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」修訂案。

說明：本案修訂重點如下：

一、配合公告之「114年度全民健康保險醫療資源缺乏地區」施行區域修正三、(一)設立於保險人公告之114年「全民健康保險醫療資源缺乏地區」條件，施行地區增加苗栗縣銅鑼鄉、苗栗縣卓蘭鎮、苗栗縣頭屋鄉、臺中市石岡區及嘉義縣梅山鄉。

二、分區修訂認定原則醫院名單：共計增加3家，分別如下：

(一)清海醫院：符合保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區(臺中市石岡區)」。

(二)奇美醫療財團法人佳里奇美醫院及天主教若瑟醫療財團法人若瑟醫院：符合 114 年本署南區增列認定原則資格。

決定：洽悉。

第八案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額 114 年一般服務協商因素之保險給付項目及支付標準之改變預算中「離島地區之住院案件加計 30%」預算，回歸臺北區及高屏區一般服務預算。

說明：

一、本項預算由114年度醫院總額「合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含RBRVS)(114年新增項目)」項目預算(15.869億元)支應。

二、114年「離島地區之住診申報第二部及第三部加計30%」預算(1.4977億元)，先按季均分自一般服務預算予以扣除，並按季分配予臺北(5,879萬元/4)及高屏(9,098萬元/4)分區。

決定：洽悉。

第九案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：114 年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式。

說明：

一、114年醫院附設門診部回歸醫院之預算(5.69億元×(1＋6.237%)=6.04億元)，依所回歸之分區予以分配，爰先按季均分自一般服務預算予以扣除，其中2.17億元(2.07億元×(1＋6.237%))依107年(回歸年)門診部回歸之分區年度占率，按季分配予臺北、高屏及東區分區；其餘3.74億元預算則按季分配予南區分區。

二、114年「離島地區之住診申報第二部及第三部加計30%」預算(1.4977億元)，先按季均分自一般服務預算予以扣除，並按季分配予臺北(5,879萬元/4)及高屏(9,098萬元/4)分區。

三、114年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式(附件1)，未來將依各項目或計畫之修訂，配合修訂，並據以辦理114年度總額結算事宜。

決定：洽悉。

第十案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂全民健康保險住院診斷關聯群（Tw-DRGs）3.4 版支付通則暨 114 年 7-12 月適用之相對權重統計結果案。

決定：

一、洽悉。

二、後續作業流程：本署於每年3月及9月於本會議報告 Tw-DRGs

權重參數計算結果，於4月及10月依當時已通過全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議(下稱共擬會議)之支付標準增修項目進行權重參數校正後，依程序辦理預告及報部作業，並將計算結果提至6月及12月共擬會議報告。

第十一案(併臨時提案第一至三案討論)

報告單位：本署醫務管理組

案由：各分區個別醫院前瞻式預算分區共管方式。

臨時提案

提案人：羅委員永達、張委員克士、陳委員志強、謝委員景祥、朱委員文洋、郭委員錫卿、吳委員淑芬

附議人：朱委員益宏

臨時提案第一案

案由：各分區個別醫院前瞻式預算分區共管方式，提案急重難症支付標準調整應排除於特定排除列計項目（即保障項目）。

臨時提案第二案

案由：各分區個別醫院前瞻式預算分區共管方式規劃，提案配合分級醫療政策之下轉案件應列為地區醫院之剛性需求，納入特定排除列計項目（即保障項目）。

臨時提案第三案

案由：各分區個別醫院前瞻式預算分區共管方式之規劃，提案應考量地區醫院規模特性予以合理成長。

決定/決議：

一、依據全民健康保險法第61條第4項規定，於本會議報告通過各分區個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫(附件2)。

二、會議中討論相關個案之執行細節，於各分區共管會議討論取得共識，據以實施。

肆、討論事項

第一案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：增修急診、急救責任醫院及護理相關支付標準案。

決議：本案通過，續將提共擬會議報告，重點如下：

一、急診相關項目：

（一）將急診診察費拆分為診察費及護理費，並調升支付點數10%。

（二）調升急診觀察床護理費支付點數 60%。

（三）急診觀察床診察費獨立列項。

二、急救責任醫院相關：

（一）加護病床住院診察費、病房費及護理費：全院屬重度級之醫院以醫學中心點數支付；屬中度級（高危險妊娠及新生兒醫療除外）之醫院以區域醫院點數支付。

(二) 離島地區急救責任醫院急診案件之醫療服務項目得依表定點數加計：全院屬重度級之醫院加計 50%、全院屬中度級之醫院加計 30%、全院屬一般級之醫院加計 10%。

三、調升急性一般病床（含精神）住院護理費：各項調幅約12.3%～15.9%，預計一年挹注25億元。

四、前述調整將扣合特定指標（如調薪、ICU 收治或急診留滯情形），達標者始以其他部門預算（41.65億元）外加個別醫院預算額度。

第二案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：114 年醫院總額一般服務點值保障項目，新增醫院生產案件，並增訂生產手術夜間及假日加成。

決議：本案通過，重點如下：

一、114年醫院總額一般服務點值保障項目，新增醫院生產案件(每點1元支付)，比照西醫基層部門納入保障項目，預估經費約需1.9億元。

二、增訂醫院「自然產手術案件」夜間及例假日加成規範：

（一）加成規範：

1. 加成率：參考現行支付標準手術章節緊急加成訂為30%。

2. 加成條件：夜間（晚上10時至隔日早上6時）及例假日（週

六之0時起至週日24時止、國定假日0時至24時）之「自然產手術案件」。

（二）以 113 年度各醫院申報資料推估，將增加財務支出約 2.12 億點。

三、本案共挹注4億元，由114年度醫院總額「合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含RBRVS)(114年新增項目)」項目預算(15.869億元)支應。

四、點值保障部分，將依程序提於114年3月26日召開全民健康保險會第7屆114年第1次會議報告；支付標準修訂部分，將依程序提至114年3月27日共擬會議。

第三案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」修訂案。

決議：

一、原則上照案通過，惟請針對參與計畫專科醫師別占比、結構面指標之社區衛教宣導增列高血壓防治「722原則」課程、過程面指標之癌症篩檢項目應比照現行政策制定進行調整。

二、邀集台灣家庭醫學醫學會及台灣社區醫院協會研修計畫後，提至114年3月27日共擬會議報告。

第四案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」案。

決議：本案通過，續將提共擬會議報告，重點如下：

一、配合年度修訂計畫文字，另為鼓勵醫事人員投入意願，爰量表評估費及品質獎勵金須分配至少六成予感染管制相關醫事人員。

二、為鼓勵醫院招聘感染管制人員，並考量抗生素管理成效，爰調整過程面指標「管理階層對於感染管制人員訂有攬才、育才、留才計畫」、「管理階層訂有管理計畫及內部獎勵制度，提撥獎勵予感染管制師或相關醫事人員的百分比」及結果面

指標「高度管制性抗微生物製劑管理成果」計分，並新增「加護病房中心導管相關血流感染密度」結果面指標，刪除「醫療照護相關感染密度指標」。

三、本計畫專款預算共2.25億元，量表評估費1.8億元，品質獎勵金0.45億元。

第五案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂轉診支付標準案。

決議：因時間因素未及討論，下次會議再議。

第六案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：新增 114 年全民健康保險術後加速康復推廣計畫案。

決議：本案通過，續將提共擬會議報告，重點如下：

一、預算來源:114年度醫院總額「區域聯防-提升急重症照護品質」專款項下增編預算60百萬元。

二、收案條件：70歲以上且美國麻醉醫師學會（ASA）麻醉風險分級三至四級之髖關節及膝關節置換手術病人。

三、支付方式：

(一) 主責醫院指導費：15 萬元。

(二) ERAS 個案照護費：每案 18,000 元。

(三) DRG 差額補付費：因推動 ERAS 致 DRG 費用低於下限者，由本署計算與「原本 DRG 定額」支付之差額另以獎勵補付。

(四) ERAS 執行成效指標獎勵：指標包含 ERAS 收案率、ERAS 符合支付規範收案率、DRG 進步率。

第七案　　提案單位：台灣醫院協會

案由：門診特定藥品重複用藥費用管理，社區藥局調劑爭議導致醫院層級被核扣藥費案，是類案件未有妥善處理作法前，應停止核扣醫院費用，以示公允。

決議：有關台灣醫院協會所提因藥局調劑爭議致醫院核扣費用部分，暫緩核扣，後續與相關公協會討論重複用藥管理措施。

第八案　　提案單位：台灣醫院協會

案由：慢性病人得一次領取慢性病連續處方箋總用藥量之適用條件。

決議：因時間因素未及討論，下次會議再議。

伍、散會：下午 5 時 41 分。

附件1

114年醫院醫療給付費用醫院總額分配及點值結算方式

一、114年醫院醫療給付費用總額及分配之重點摘要（依衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告）。

(一)醫院醫療給付費用總成長率5.500%(註)，其中一般服務成長率6.237%，專款項目全年預算為44,187百萬元，門診透析服務成長率2.917%。

註：醫院醫療給付費用總成長率5.605%(一般服務+專款)，如含門診透析為5.500%(一般服務+專款+門診透析)。

(二)總額設定公式：

- 114年度醫院醫療給付費用＝校正後113年度醫院一般服務醫療給付費用×(1＋114年度一般服務成長率)＋114年度專款項目預算＋114年度醫院門診透析服務費用。
- 114年度醫院門診透析服務費用＝113年度醫院門診透析服務費用×(1＋114年度醫院門診透析服務成長率)。

註：校正後113年度醫院一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部113.9.3衛部保字第1130139528號交議總額範圍函確認，以前1年度(113年)醫院一般服務醫療給付費用，校正前2年度(112年)投保人口預估成長率與實際之差值，及加回前1年度(113年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

(三)一般服務(上限制)

1、地區預算：以六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

2、分配方式：

於扣除品質保證保留款、風險調整移撥款、其他醫療服務利用及密集度之改變-醫院附設門診部回歸醫院及離島地區之住診申報第二部及第三部加計30%之預算後，用於「計算」地區預算所採之門住診費用比為45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

(1)門診服務(不含門診透析服務、品質保證保留款)：

預算53%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，47%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用比率分配。

(2)住診服務(不含品質保證保留款)：

預算46%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，54%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

各地區門、住診服務預算，經依(1)、(2)計算後，合併預算，按季結

算各區浮動點值以核付費用。

二、114年其他醫療服務利用及密集度之改變-醫院附設門診部回歸醫院：

114年醫院附設門診部回歸醫院之預算(5.69億元×(1＋6.237%)=6.04億元)，依所回歸之分區予以分配，爰先按季均分自一般服務預算予以扣除，其中2.30億元(2.17億元× (1＋6.237%))依107年(回歸年)門診部回歸之分區年度占率，按季均分併入臺北、高屏及東區分區一般服務費用結算；其餘3.74億元預算則按季均分併入南區分區一般服務費用結算。

註：依據台灣醫院協會112年12月21日召開台灣醫院協會全民健康保險委員會邀集各層級醫院協會（成員已含六分區代表）以專題形式研商經討論得會議共識：暫不變更。

三、114年風險調整移撥款(全年6億)：

先按季均分(6.5億元/4)自一般服務預算予以扣除，再依據台灣醫院協會提供之「醫院總額風險調整移撥款」各分區分配預算，按季均分，併入各季各分區醫院總額一般服務費用結算。(住診移撥款=該季移撥款 ×55%；門診移撥款=該季移撥款-住診移撥款。)

[註]:114年風險調整移撥款，依據114年3月12日醫院總額114年度第1次研商議事會議報告事項第六案決定辦理。

(一)114年風險調整移撥款

1. 各區預算2億元依山地離島非原住民人口、偏遠地區人口、重度以上身心障礙人口、台閩地區原住民人口、低收入人口及6歲以下及65歲以上總人口數等 6 因子於各分區戶籍人口與各區投保人口的相對占率計算，各因子權重均等為16.666667%。
2. 4億元依循113年採地區預算RS值107-109年3年平均占率計算。
3. 餘0.5億元遵健保會決議用於東區。

(二)各分區風險調整移撥款分別為臺北 160,012,676、北區 68,990,123、中區89,063,985、南區74,948,800、高屏102,760,650、東區154,223,766。

四、「離島地區之住診申報第二部及第三部加計30%」預算(1.4977億元)：114年先按季均分自一般服務預算予以扣除，並按季均分併入臺北(5,879萬元/4)及高屏(9,098萬元/4)分區一般服務費用結算。

[註]:

1. 114年「離島地區之住診申報第二部及第三部加計30%」預算，依據114年3月12日醫院總額114年度第1次研商議事會議報告事項第八案決定辦理。
2. 本項預算由114年度醫院總額「合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含RBRVS)(114年新增項目)」項目預算(15.869億元)支應。

五、114年各季醫院醫療給付費用總額結算說明

(一)一般服務醫療給付費用總額預算

1、 114年各季醫院一般服務醫療給付費用總額

＝【113年各季醫院一般服務醫療給付費用總額＋112年各季校正投保人口預估成長率差值＋加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(12.1百萬元/4)】×(1＋6.237%)－106年各季編列之品質保證保留款預算(全年計388.7百萬元)－114年其他醫療服務利用密集度之改變(醫院附設門診部回歸醫院)預算(6.04億元/4)－114年風險調整移撥款(6.5億/4)。

2、 112年醫院各季校正投保人口預估成長率差值：

第1季	第2季	第3季	第4季
334,881,916	1,040,540,401	991,122,483	926,464,135

(二)品質保證保留款(107年起品質保證保留款移列專款)

1、114年品質保證保留款預算＝原106年於一般服務之品質保證保留款額度(388.7百萬元)，與114年品質保證保留款專款(1,029.5百萬元)合併運用(計1,418.2百萬元)。

2、106年各季編列之品質保證保留款預算(全年計388.7百萬元)＝(105年調整前各季醫院一般服務醫療給付費用總額＋104年各季校正投保人口預估成長率差值)×106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。

(三)114年醫院總額門診透析服務預算(含專款「鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質」)

＝(113年醫院總額門診透析服務預算)×(1+2.917%)

[註]:依114年總額公告，門診透析服務總費用成長率3%(總費用47,375.2百萬元)，維持433.5百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質，其中300百萬元不得流用於一般服務。

(四)一般服務**門住診**總預算

1、 醫院調整後**住診**一般服務費用總額

＝(114年調整後各季一般服務醫療給付費用總額(不含門診透析、106

年品質保證保留款、密集度改變預算(醫院附設門診部回歸醫院)、風險調整移撥款、離島地區之住診申報第二部及第三部加計 30%預算)＋門診透析服務費用)× 55%＋114 年總額公告專款導入住診一般服務之預算[註]

2、 醫院調整後**門診**一般服務費用總額

＝(114 年調整後各季一般服務醫療給付費用總額(不含門診透析、106 年品質保證保留款、密集度改變預算、風險調整移撥款)＋門診透析服務費用)＋114 年總額公告專款導入門診一般服務之預算[註]－醫院調整後住診一般服務費用總額－門診透析服務費用

[註]:依 114 總額公告，下列專款導入一般服務預算

腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金經費 15 百萬元，本項經費依實際執行情形併入一般服務結算。

六、地區預算分配計算方式

(一) 分區調整後**門診**一般服務費用總額

＝[全區調整後門診一般服務費用總額× 該分區人口風險因子及轉診型態權重× 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)]＋[全區調整後門診一般服務費用總額× 該分區費用占率權重× 醫院門診開辦前一年(91 年)各季投保分區申報醫療費用占率(S)(加總後四捨五入至整數位)]＋各分區密集度改變預算(醫院附設門診回歸)＋各分區風險調整移撥款

(二) 分區調整後**住診**一般服務費用總額

＝[全區調整後住診一般服務費用總額× 該分區人口風險因子權重×人口風險因子校正比例(R)]＋[全區調整後住診一般服務費用總額× 該分區費用占率權重× 醫院住診開辦前一年(91 年)各季投保分區申報醫療費用占率(S)(加總後四捨五入至整數位)]＋各分區風險調整移撥款＋臺北及高屏分區離島地區之住診申報第二部及第三部加計 30%預算

七、114年各季醫院總額點值結算說明

(一) 114 年醫院總額點值保障項目：如附表。

(二) 非偏遠地區浮動點值、平均點值之計算

1、 **門住診**一般服務分區浮動點值

＝[調整後分區門診一般服務預算總額＋調整後分區住診一般服務預算總額－加總(門住診非偏遠地區投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數×前季全區浮動點值)－[加總(門住診非偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)]－加總(門住診偏遠地區投保該分區核定浮動點數×前季就醫分區平均點值)－加總(門住診偏遠地區投

保該分區核定非浮動點數)－加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)]

／加總(門住診非偏遠地區投保該分區當地就醫一般服務核定浮動點數)

2、 **門住診**一般服務分區平均點值

＝[調整後分區門診一般服務預算總額＋調整後分區住診一般服務預算總額]

／[加總(門住診一般服務核定浮動點數)＋加總(門住診投保該分區核定非浮動點數)＋加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)]

3、 **門住診**一般服務全區浮動點值

＝[調整後門診一般服務預算總額＋調整後住診一般服務預算總額－加總(門住診核定非浮動點數)－加總(門住診自墊核退點數)]

／加總(門住診一般服務核定浮動點數)

八、專款專用結算說明

自結算年113年第2季起，矯正機關收容對象，列入各專款計算。

*矯正機關收容對象係指門診特定治療項目代號(一)~(四)「JA(監內門診)」或「JB(戒護就醫)」、住診醫療服務計畫「K(收容對象住院)」案件。

(一) 暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)

全年預算 867 百萬元。

★暫時性支付(新藥、新特材)

1、 費用年月 113 年 1 月起，以暫時性支付藥品醫令代碼清單勾稽申報資料醫令，加總醫令點數(醫令類別為 1、X 或 Z)作為院所申報專款費用結算。另廠商還款則依藥品給付協議及申報情形，回歸計算至本專款。

2、 結算處理邏輯：

(1)資料來源：

①門、住診及交付機構明細及醫令檔(納入藥局調劑之醫令點數)。

②暫時性支付藥物醫令代碼清單：

A. 擷取來源：健保二代醫療系統 ICM 共用作業子系統/I0130 代碼資料作業/HMD-藥材管理子系統-802-暫時性支付藥物醫令代碼，由醫審及藥材組維護。

B. 資料欄位：藥品代碼(CODE)、生效起日(CL_S_DATE)、生效迄日(CL_E_DATE)。

(2)擷取條件與計算方式：

①申報醫令代碼(ORDER_CODE)符合前述「暫時性支付藥物醫令代碼」，且申報資料時間符合下列邏輯：

A. 門診、交付機構明細檔：就醫日期大於等於暫時性支付藥物醫令代碼生效起日，小於等於生效迄日(CL_S_DATE≦FUNC_DATE≦CL_E_DATE)。

B. 住診明細、醫令檔：醫令執行起日(若為空值補申報起日)大於等於暫時性支付藥物醫令代碼生效起日，小於等於生效迄日 (CL_S_DATE ≦ ISNULL(EXE_S_DATE,APPL_S_DATE) ≦ CL_E_DATE)。

②加總前述資料範圍之醫令點數(醫令類別為 1、X 或 Z)。

(3)作業時程：配合每季結算作業。

(4)院所申報方式：依現行申報方式申報，若有特殊申報格式將函知各院所再提報修正結算邏輯。

3、追扣補付：1BR/2BR 暫時性支付(新藥)追扣/補付。

註：114 年以後生效品項之藥費：

(1)非癌藥部分以 114 年度「總額內暫時性支付專款藥品部分(不含癌藥)」預算支應。

(2)癌藥暫時性支付部分以年度「總額外癌症新藥暫時性支付專款」預算支應。非癌藥暫時性支付部分以年度「總額內暫時性支付專款藥品部分(不含癌藥)」預算支應。

★暫時性支付(新醫療技術):將依修訂內容，據以辦理 114 年度總額結算事宜。

(二) C 型肝炎藥費：

1、全年預算 2,224 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款不足之經費，及狂犬病治療藥費」(預算 215 百萬元)支應。

2、既有 C 型肝炎(HCV)藥品：

(1)費用年月 106 年 1 月起

➢ 門診點數清單明細檔：案件分類：E1（支付制度試辦計畫）且特定治療項目代號(一)~(四)H1（肝炎試辦計畫）。費用年月 109 年 7 月起不擷取案件分類及特定治療項目欄位。

➢ 住院點數清單明細檔：案件分類：4（支付制度試辦計畫）且給付類別 M（肝炎試辦計畫）。費用年月 109 年 7 月起不擷取案件分類及給付類別欄位。

(2)且藥品醫令代號:ATC 藥理分類碼為 J05AP01 且核價劑型代碼為 11、L03AB04、L03AB05、L03AB09、L03AB10、L03AB11 醫令點數(醫令類別 1 或 Z)加總。

(3)且保險對象(身分證字號)須於該費用年月(門診/住診以費用年月;交付機構以就醫日期之年月串檔)有使用 ATC 藥理分類碼為 J05AP01 之醫令代碼(醫令類別 1 或 Z)。

3、全口服 C 肝新藥：

(1)門診點數清單明細檔及住院點數清單明細檔：以藥品醫令代號。

(2)藥品醫令代號：前六碼為「HCVDAA」者之醫令點數(醫令類別 1 或 Z)加總。

(3)藥局調劑案件要列入計算。

(4)申報本專款之院所，須為 HMAI2130S01_醫事機構試辦計畫維護(代碼：「07：B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」；費用年月 109 年 7 月起改為「78：C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」)之院所名單。名單勾稽條件：1.院所代號;2.有效起迄日。

(三) 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

1、全年預算 17,996.0 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費(預算 215 百萬元)」支應。

2、罕見疾病藥費：

(1) 費用年月 94 年 1 月(含)以後，部分負擔代碼為 001(重大傷病)且任一主、次診斷符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼(診斷碼完全符合才列入計算)之所有案件且領有重大傷病卡者之「藥費」小計。(「藥費」小計係指特約醫事服務機構醫療費用點數申報格式中之「用藥明細點數小計」、「藥費點數」欄位)。

(2) 費用年月 112 年 1 月(含)起增列，國民健康署重大傷病罕病通報紀錄檔註記審核通過，但非屬前開案件者，任一主、次診斷符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼 (診斷碼完全符合才列入計算)且申報符合罕見疾病藥物品項之醫令點數加總。

(3) 罕見疾病範圍詳見衛生福利部國民健康署公告代碼。

(4) 領有重大傷病卡係指：重大傷病檔「罕病註記(RARE_SICK_MARE)」為「Y」且費用年月在重大傷病檔之有效生效起迄年月間(如持卡註記異動日期(CARD_MARK_DATE)有值，以持卡註記異動日期為生效迄日)，另持卡註記(CARD_MARK)為 1(重覆)、5(更正/補發註銷)不計。未領有重大傷病卡係指非屬前開「領有重大傷病卡」者。

(100 年以前條件為重大傷病檔生效起迄日不為空白；自 108Q3 結算起新增持卡註記為 1、5 不計及持卡註記異動日期有值以持卡註記異動日期為生效迄日)。

(5) 國民健康署重大傷病罕病通報紀錄檔註記審核通過：係指重大傷病罕病通報紀錄檔(DWM_HV_HPAHVRDS)，通報狀態(NOTIFY_STATUS)欄位='2'(審核通過)者。(罕見疾病經衛生福利部國民健康署審核通過，有效期間為永久。)

(6) 符合罕見疾病藥物品項：係指醫令代碼為 DWM_DRUG 藥品主檔中，DRUG_ORPHAN_MARK 藥品品項註記為「1」之醫令點數(醫令類別 1、X、Z)加總。

※結算端勾稽 ICM 共用作業子系統/I0130 代碼資料作業/PHF-總額預算監控子系統-365-罕見疾病藥物品項。

(7) 藥局調劑的罕見疾病「藥費」點數要列入計算。

(8) 追扣補付原因別：184/284 罕見疾病藥費追扣補付。

(9) 治療 SMA 之基因療法藥品 Zolgensma 之結算方式：

註 1：以分期款進行結算及計算專款執行率，由醫審組按季提供核付金額予醫管組。特約院所申報 SMA 之基因療法藥品 Zolgensma 後，由醫審及藥材組藥品支付科分期付款支付藥費給廠商，藥品支付科將每期支付款項的相關資料建檔(以下暫稱「暫時性藥品給付分期支付檔」，欄位：分區別，院所代號，患者身分證號，出生日期，醫令代碼，醫令執行日，付款金額，付款日期。)，以利總額預估及結算點值時可取得 Zolgensma 的醫療費用。總額子系統自「暫時性藥品給付分期支付檔」，「住院清單檔(pbab_hp_dtl)」，「住院醫令檔(pbab_hp_ord)」取得相關資料寫入「納入總額結算之罕病及血友病保險對象檔(PHFH_FCAL_RARE_ID)」。

註 2：依據本署 112 年 7 月 14 日健保審字第 1120058782 號公告暫予支付含 onasemnogene abeparvovec 成分藥品 Zolgensma 暨

其藥給付規定，自 112 年 8 月 1 日生效。

3、血友病藥費：

(1)先天性凝血因子異常(ICD-10-CM：D66、D67、D68.1、D68.2)：費用年月 94 年 1 月(含)以後部分負擔代碼＝001 且主、次診斷(如代碼為三碼或四碼者，以診斷碼前三碼或前四碼符合即可納入）任一亦符合血友病診斷碼之所有案件，且領有重大傷病卡者且使用凝血因子用藥之醫令代碼點數(門診醫令類別「1」；住診醫令類別「1」或「Z」)。

(2)99 年增列後天性凝血因子缺損(ICD-10-CM：D6832、D684)、103 年增列類血友病(ICD-10-CM：D68.0) ：主、次診斷(如代碼為三碼或四碼者，以診斷碼前三碼或前四碼符合即可納入)任一符合之案件，使用凝血因子用藥之醫令代碼點數(門診醫令類別「1」；住診醫令類別「1」或「Z」) （此等診斷不卡部分負擔代碼且不管是否領有重大傷病卡)。

(3)凝血因子藥品之醫令代碼：自結算年 103 年起，係指 ATC 碼(藥品主檔「ATC 藥品分類碼 7 (DRUG_ATC7_CODE)」欄位)前五碼為「B02BD」、或 ATC 碼為「B02BX06」(108 年 11 月新增)之藥品醫令代碼。

4、藥局調劑的罕見疾病「藥費」點數、血友病藥品醫令點數要列入計算。

5、罕見疾病特材(本項自 104 年新增)：符合前開罕見疾病條件且費用年月 104 年 1 月起醫令代碼 FBN07321004P(醫令類別 3、Z) 之醫令點數加總。

（四）後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

1. 全年預算 5,750 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」(預算 215 百萬元)支應。
2. 費用年月 106 年 2 月以後門診案件分類「E2」或「E3」；住診案件案件分類「7」之後天免疫缺乏病毒治療藥品(醫令類別 1、X、Z) 之醫令點數加總。
3. 後天免疫缺乏病毒治療藥品醫令代碼詳本署全球資訊網/首頁/健保服務/健保藥品與特材/健保藥品/健保藥品品項查詢/健保用藥品項/本署代辦衛生福利部疾病管制署後天免疫缺乏症候群治療藥品。
4. 藥局後天免疫缺乏病毒治療藥品醫令代碼點數要列入計算。

5. 矯正機關收容對象列入計算:門診特定治療項目代號(一)~(四)「JA(監內門診)」或「JB(戒護就醫)」、住診醫療服務計畫「K(收容對象住院)」。

（五）鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

1、 全年預算 5,364.3 百萬元，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」(預算 215 百萬元)支應。

2、 器官移植手術個案之當次住診費用：移植手術個案係指當次手術包含下列任一項醫令—心臟移植(68035B)、肺臟移植(68037B-單側)、肺臟移植(68047B-雙側)、肝臟移植(75020B)、腎臟移植(76020B)、胰臟移植(75418B)、骨髓移植(94201B、94202B、94204B、94206B、94207B) 、腸移植(73049B)(自費用年月 105 年 1 月起增列)。

3、 器官移植捐贈手術個案之當次住診費用：捐贈手術個案係指與受贈者分開申報之當次手術包含下列任一醫令—心臟摘取(68034B)、肺臟摘取(68038B)、屍體肝臟摘取(75021B)、活體肝臟摘取(75022B)、屍體腎臟摘取(76018B)、活體腎臟摘取(76019B)、屍體胰臟摘取(75419B)、骨髓移植-抽髓(94205B)、腸摘取(73050B)(自費用年月 105 年 1 月起增列)、腹腔鏡活體捐肝摘取(75034B)及腹腔鏡活體捐腎切除術(76036B)(自費用年月 110 年 11 月起增列)。該住診案件如同時申報器官移植手術個案醫令及器官移植捐贈手術個案醫令，僅計算 1 次。

※ 骨髓移植-抽髓(94205B)：99 年 2 月 11 日醫院總額支付委員會 99 年第 1 次會議報告納入，費用年月 99 年 1 月起增列。腸摘取、腸移植自費用年月 105 年 1 月起增列。腹腔鏡活體捐肝摘取、腹腔鏡活體捐腎切除術自費用年月 110 年 11 月起增列。

4、 移植術後門住診追蹤之抗排斥藥費：門住診申報案件應符合下列主次診斷(如代碼為三碼或四碼者，以診斷碼前三碼或前四碼符合即可納入)及抗排斥藥按主成分名稱對應之藥品醫令代碼(門診醫令類別「1」;住診醫令類別「1」或「Z」)。(該案件如屬前開住院案件，因當次住院已包括藥費計入，不再重複計算抗排斥藥費)。

5、 前開主次診斷：腎臟移植術後(ICD-10-CM：Z940)、心臟移植術後(ICD-10-CM：Z941、Z943)、肺臟移植術後 ICD-10-CM：Z942-Z943)、肝臟移植術後(ICD-10-CM：Z944)、胰臟移植術後(ICD-10-CM： Z9483)、骨髓移植術後(ICD-10-CM:Z9481、Z9484)、腎臟移植併發症(ICD-10-CM:T861)、肝臟移植併發症(ICD-10-CM:T864)、心臟移植併發症(ICD-10-

CM：T862-T863)、肺臟移植併發症(ICD-10-CM：T863、T8681) 、胰臟移植併發症(ICD-10-CM:T8689)、骨髓移植併發症(ICD-10-CM:T860)、腸移植術後(ICD-10-CM:Z9482)、腸移植併發症(ICD-10-CM:T86850-T86859)

6、門、住診、藥局之抗排斥藥費皆要計算。

7、抗排斥用藥醫令代碼：

(1)ATC 藥理分類碼(藥品主檔「ATC 藥品分類碼 7 (DRUG_ATC7_CODE) 」欄位)為 L04AD01(原為 L04AA01，結算端自 104 年第 3 季起因應 WHO 公布改代碼為 L04AD01)、L04AA03、 L04AA04、L04AD02、L04AA06、L04AH01(原為 L04AA10，結算端自 113 年第 3 季起因應 WHO 公布改代碼為 L04AH01)、L04AH02(原為 L04AA18，結算端自 113 年第 3 季起因應 WHO 公布改代碼為 L04AH02)之藥品醫令代碼(可自 ICM 共同作業子系統/I0130 代碼作業/PHF-總額預算監控子系統-076-總額每季結算之鼓勵器官移植術後門住診追蹤之抗排斥藥品之醫令代碼中查詢)。

(2)HBIG 免疫球蛋白 ATC 藥理分類碼(藥品主檔「ATC 藥品分類碼 7 (DRUG_ATC7_CODE) 」欄位)為 J06BB04 之藥品醫令代碼。限定肝臟移植病人(主次診斷 ICD-10-CM：Z944、T864)之術後使用。

※如屬皮下注射劑型之 HBIG (如 Zutectra) 藥品，其使用條件為「於肝臟移植後至少 1 星期後開始使用，給付最多 12 個月，且不得與其他 B 型肝炎免疫球蛋白藥品同時併用」。有關前揭藥品給付條件管理結算端不另行處理，請醫審及藥材組自行控管。

8、角膜處理費:醫令代碼 53034B(醫令類別 2、Z、X) 之醫令點數加總。

(六) 醫療給付改善方案：全年預算 2,272 百萬元

項目	擷取條件
乳癌	追扣補付帳務管理子系統(RPG) 追扣補付原因別：239/139 乳癌獎勵金之追扣補付。
氣喘	1. 自費用年月 96 年 1 月起，醫令代碼 P1612C、P1613C、P1614B、P1615C 之醫令點數加總(醫令類別=2 或 Z 者)。 2. 追扣補付原因別 183/283 醫療給付改善方案試辦計畫之氣喘疾病管理照護費追扣補付。1H1/2H1 氣喘醫療給付改善方案-品質獎勵追扣補付。 註：自 101 年起刪除下列邏輯：：P1601C：疾病管理照護費 500 點；P1602C：疾病管理照護費 200 點；P1603C：疾病管理照護費 900 點，

項目	擷取條件
	前開醫令(醫令類別=2 或 Z 者)之疾病管理照護費×醫令總量×支付成數。
糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案	一、糖尿病(含糖尿病資料上傳獎勵)： 1. 費用年月 95 年 1 月起醫令代碼及疾病管理照護費： P1401C：疾病管理照護費 400 點。 P1402C：疾病管理照護費 200 點。 P1403C：疾病管理照護費 800 點。前開醫令之疾病管理照護費＊醫令總量＊支付成數(不含醫令類別=4 者)。 2. 費用年月 95 年 1 月起，刪除醫令代碼 P1403C（100 年第 2 季起修改）;費用年月 95 年 7 月起，刪除醫令代碼 P1401C、P1402C（100 年第 3 季起修改)。 3. 自費用年月 95 年 8 月起，增列醫令代碼 P1407C、P1408C、P1409C 之醫令點數加總(醫令類別=2 或 Z 者)。 4. 自費用年月 100 年 1 月起，增列醫令代碼 P1410C、P1411C 之醫令點數加總(醫令類別=2 或 Z 者)。 5. 費用年月 110 年 1 月起至 110 年 12 月止，同一個案於同院所皆有申報糖尿病方案管理照護費(醫令代碼 P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C，醫令類別為 2)及初期慢性腎臟病方案管理照護費(醫令代碼 P4301C、P4302C、P4303C，醫令類別為 2)，則醫令代碼為 P4301C、P4302C、P4303C（醫令類別為 2)之費用納入本項計算。 6. 追扣補付原因別：181/281 醫療給付改善方案試辦計畫之糖尿病疾病管理照護費追扣補付；189/289 糖尿病方案品質獎勵金之專款項目費用追扣補付。 註：自 101 年起取消下列邏輯：P1401C：疾病管理照護費 400 點；P1402C：疾病管理照護費 200 點；P1403C：疾病管理照護費 800 點，前開醫令(醫令類別=2 或 Z 者)之疾病管理照護費×醫令總量×支付成數。 二、糖尿病合併初期慢性腎臟病： 1. 自費用年月 111 年 3 月起，醫令代碼 P7001C、P7002C、P7003C 之醫令點數加總(醫令類別=2 或 Z 者)。 2. 費用年月 111 年 1 月起，同一個案當年度於同院所皆有申報糖尿病方案管理照護費(醫令代碼 P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C，醫令類別為 2)及初期慢性腎臟病方案管理照護費(醫令代碼 P4301C、P4302C、P4303C，醫令類別為 2)，

項目	擷取條件
	則醫令代碼為 P4301C、P4302C、P4303C (醫令類別為 2)之費用納入本項計算。 3. 追扣補付原因別 1T5/2T5 糖尿病合併初期慢性腎臟病—管理照護費追扣補付。1T6/2T6 糖尿病合併初期慢性腎臟病—品質獎勵金追扣補付。 三、胰島素注射獎勵措施： 追扣補付原因別：1P1/2P1 糖尿病方案-胰島素注射獎勵費追扣/補付。
思覺失調症	1. 自費用年月 111 年 5 月起，醫令代碼 P7401C、P7402B、P7403B 之醫令點數加總(醫令類別=2)。 2. 追扣補付原因別：1A3/2A3 思覺失調症方案-管理照護費、發現費及發現確診費追扣補付、1A4/2A4 思覺失調症方案-獎勵金追扣補付、1S9/2S9 思覺失調症方案-追蹤訪視費追扣補付。 3. 醫院、基層總額部門自 99 年 1 月 1 日起實施。
B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者	1. 門診案件。 2. 醫令代碼：「P4201C、P4202C、P4203C、P4204C、P4205C」之醫令點數加總(醫令類別=2 者)。 3. 醫院、基層總額部門自 99 年 1 月 1 日起實施。 4. 追扣補付原因別：1B1/2B1 B、C 肝醫療給付改善方案-基本承作及發現費追扣補付、1B2/2B2 B、C 肝醫療給付改善方案-品質獎勵追扣補付。
孕產婦全程照護	1. 醫令類別為 2 或 X 者，當年度結算時除擷取醫令代碼外，另需擷取追扣補付原因別。 2. 費用年月支應費用如下： (1) 孕產婦全程照護獎勵：醫令代碼 P3904C、P3905C(醫令類別 2、X)之醫令點數加總。 (2) 妊娠糖尿病照護獎勵：費用年月 113 年 12 月起，醫事類別：11、12、21、22 ①孕期及產後追蹤管理照護，醫令代碼 P3911C-P3914C、P3916C，醫令類別為 G，支付點數為 0，及與 P3916C 同一清單併報之 24029B(醫令類別為 2，4)。 ②生產評估管理照護，醫令代碼 P3915C(醫令類別為 2 或 X)之門、住診醫令點數加總。 (3) 助產共照獎勵： 產科醫師或助產師(士)主導費申報醫令代碼 P3921C-

項目	擷取條件
	P3924C(醫令類別為 2 或 X)之門、住診醫令點數加總。 3.追扣補付原因別： (1)孕產婦全程照護獎勵：1J5/2J5 孕產婦全程照護費追扣補付、1J6/2J6 孕產婦品質提升費追扣補付；1J7/2J7 孕產婦照護計畫全年結算追扣補付。 (2)妊娠糖尿病照護獎勵:1BT/2BT 全民健康保險孕產婦全程照護-妊娠糖尿病管理照護費追扣/補付。 (3)胰島素注射獎勵：1BV/2BV 全民健康保險孕產婦全程照護-妊娠糖尿病胰島素注射獎勵費追扣/補付。 (4)助產共照獎勵：1BU/2BU 全民健康保險孕產婦全程照護-產科醫師與助產人員共同照護費追扣/補付。
早期療育	1.費用年月 104 年 8 月起　案件分類「E1(支付制度試辦計畫)」且 特定治療項目代號(一)「ED(早期療育門診醫療給付改善方案計畫)」且醫令代碼「P5301C」(醫令類別=2 者)之醫令點數加總。 2.追扣補付原因別：1K3/2K3 早期療育計畫-整合照護費、1K4/2K4 早期療育計畫-品質獎勵金追扣補付。
慢性阻塞性肺病	1. 費用年月 106 年 4 月起案件分類「E1(支付制度試辦計畫)」且特定治療項目代號(一)「HF(慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案)」且醫令代碼「P6011C、P6012C、P6013C、P6014C、P6015C」(醫令類別 2、X、Z)之醫令點數加總。 2.追扣補付原因別： 1L4/2L4 慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案-管理照護費追扣補付；1L5/2L5 慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案-品質獎勵金追扣補付。
提升醫院用藥安全與品質	1.臨床藥事照護方案追扣補付原因別： 106/206：提升醫院用藥安全與品質方案-重症加護臨床藥事照護費追扣/補付。 1P8/2P8：提升醫院用藥安全與品質方案-門診臨床藥事照護費追扣/補付。 1X9/2X9：提升醫院用藥安全與品質方案-一般病床臨床藥事照護費追扣/補付。 2.抗凝血藥品藥師門診方案追扣補付原因別： 1BQ/2BQ：提升醫院用藥安全與品質-抗凝血藥品藥師門診藥事照護費追扣/補付。
生物相似性藥品	費用年月 113 年 7 月起，追扣補付原因別：1AL/2AL 生物相似藥處方開立獎勵金追扣/補付。

項目	擷取條件
化療學名藥及擴大多重慢性病收案照護等方案。	[註]:將依各項目或計畫之修訂內容，據以辦理 114 年度總額結算事宜。

（七）急診品質提升方案：全年預算 300 百萬元。

1、急診重大疾病照護品質:

(1)門住診醫令代碼

A、P4601B「急性心肌梗塞照護獎勵」、P4602B「嚴重敗血症照護獎勵」、P4612B「重大外傷照護獎勵_2 小時內」、P4613B「重大外傷照護獎勵_4 小時內」，醫令類別為 2、X、Z、K。

※自費用年月 111 年 11 月起，新增醫令類別 K。

B、P4614B「OHCA 照護獎勵_清醒出院」、P4615B「OHCA 照護獎勵_存活出院」、P4617B「OHCA 轉入院所照護獎勵_清醒出院」及 P4618B「OHCA 轉入院所照護獎勵_存活出院」，醫令類別為 2、X、Z、K。
※自費用年月 108 年 7 月起，新增醫令類別 K。

C、P4616B「OHCA 轉出院所照護獎勵」及 P4622B「主動脈剝離轉出院所照護獎勵」，醫令類別為 G，院所申報點數為 0，後續每季統一補付獎勵費用。

(2)追扣補付原因別：1E1/2E1 急診品質提升方案-急診重大疾病照護品質追扣補付。

2、轉診品質獎勵：

(1)上轉個案：門住診醫令代碼 P4603B「急診上轉轉出醫院獎勵」、P4604B「急診上轉轉入醫院獎勵」、P4624B「急診上轉轉出醫院 60 分鐘內轉出獎勵」、P4619B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵(上轉)」，醫令類別為 2、X、Z 或 K。
※自費用年月 111 年 11 月起，新增醫令類別 K。

(2)下轉個案：門住診醫令代碼 P4605B「急診下轉轉出醫院獎勵」、P4611B「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」、P4606B「急診下轉轉入醫院獎勵」、P4626B-P4627B「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第一天）」(區域醫院每人每日支付 229

點；地區醫院每人每日 340 點，自 112 年 6 月 1 日起生效)、P4609B-P4610B「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病患下轉住院獎勵（第二天起)」(區域醫院每人每日支付 171 點，109 年 1 月起支付 194 點，110 年 3 月起支付 201 點，地區醫院每人每日 290 點，109 年 1 月起支付 287 點，110 年 3 月起支付 299 點)，醫令類別為 2、X、Z 或 K。

※自費用年月 111 年 11 月起，新增醫令類別 K。

(3)平轉個案：門住診醫令代碼 P4607B「急診平轉轉出醫院獎勵」、P4608B「急診平轉轉入醫院獎勵」、P4625B「急診平轉轉出醫院 60 分鐘內轉出獎勵」、P4620B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵(平轉)」，醫令類別為 2、X、Z 或 K。

※自費用年月 111 年 11 月起，新增醫令類別 K。

(4)追扣補付原因別：1E2/2E2 急診品質提升方案-轉診品質追扣補付。

3、急診處置效率品質獎勵:

追扣補付原因別 1E3 /2E3 急診品質提升方案-處置效率追扣補付。

4、補助急診專科醫師人力：

(1)補助醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務。

(2)補助地區醫院增聘急診專科醫師人力：

追扣補付原因別：1J9 /2J9 急診品質提升方案-補助急診專科醫師人力追扣補付。

5、預算先扣除預估之急診處置效率獎勵費用及補助急診專科醫師人力額度後，按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元。當季預算若有結餘，則流用至下一季；第四季併同獎勵費用進行每點支付金額計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於 1 元。

（八）鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：全年預算 210 百萬元。

（九）醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

1、 全年預算 135.5 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

2、 診察費加成：診察費按申報點數加計 2 成支付；每點金額以 1 元計。其申報方式，醫院每月自行申報。

3、下列案件之醫療費用（申請費用＋部分負擔）：
案件分類「D4」、「E1」及「08」，特定治療項目代號(一)至(四)為 G5。
4、藥費、藥事服務費、診察費加成為非浮動點數；餘為浮動點數。
5、巡迴醫療服務醫師之報酬，以「論次計酬」支付，支付標準代碼為「P2005C」~「P2022C」。
6、本方案預算按季均分，當季預算若有結餘，可流用至下季。若當季經費超出預算時，先扣除診察費加成、藥費、藥事服務費後，其餘項目以浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，惟每點支付金額不高於 1 元。

（十）全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫
全年預算為 2,000 百萬元。
[註]將依計畫之修訂內容，據以辦理 114 年度總額結算事宜。

(十一)鼓勵院所建立轉診合作機制：
1、全年預算為 224.7 百萬元，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用(800.0 百萬元)」支應。
2、追扣補付檔原因別「104/204 轉診獎勵金追扣補付」：
費用年月 107 年 7 月起門住診醫令代碼為 01034B-01035B「辦理轉診費_回轉及下轉」、01036C-01037C「辦理轉診費_上轉」、01038C「接受轉診門診診察費加算」之醫令點數，因有就醫事實者才列入計算，院所申報點數為 0，後續勾稽病患實際就醫情形後每季統一補付轉診費用。
3、本項專款之各項支付項目，按季均分預算及結算，先以每點 1 元暫付，當季預算若有結餘，則流用至下季；當季預算若有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」(8 億元)按季支應，每季最多支應 2 億元(8 億元/4)，若預算仍不足，則採浮動點值支付；若醫院及西醫基層總額皆不足支應，支應額度按醫院及西醫基層總額當季轉診費用占率按比例分配。

(十二)腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金
1、全年經費 15 百萬元，用於住院病人之腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金。
2、住診醫令代碼 58011C「腹膜透析追蹤處置費」、58017C「腹膜透析追

蹤處置費－全自動腹膜透析」，醫令類別為 2、X、Z。

3、 預算按季均分，當季預算若有結餘，則流用至下季。當季該分區實際執行總點數，按每點 1 元併入當季該分區一般服務預算結算，若當季可支用預算不足支應時，則按當季各分區實際執行總點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。

※腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂自 111 年 6 月 1 日生效。

4、 本項經費依實際執行情形併入一般服務結算。

(十三)精神科長效針劑藥費(111 年起)

全年預算 3,006 百萬元。

1、 本項經費得與西基基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。

2、 醫令代碼為 DWM_DRUG 藥品主檔中，DRUG_SPEC_MARK 藥品特殊品項註記為「F」品項之醫令點數(醫令類別為 1 或 Z)加總。

※前開註記「F」品項之醫令代碼係指核價劑型為注射劑(藥品代碼倒數第 3 碼為 2)者，且 ATC 碼及成分含量為 N05AD01、50mg/mL，或 ATC 碼為 N05AB02、N05AF01、N05AX08、N05AX13、N05AX12、~~N05AH03~~之醫令點數(醫令類別為 1 或 Z)加總。

※依據 112 年 5 月 31 日醫院總額 112 年第 2 次研商議事會議決定，自費用年月 112 年 1 月起刪除 N05AH03(經釐清為非屬長效針劑)。

3、 納入藥局調劑之藥費點數。

4、 結算端勾稽 ICM 共用作業子系統/I0130 代碼資料作業/PHF-總額預算監控子系統-337-精神科長效針劑藥費醫令代碼。

5、 追扣補付原因別：1U6/2U6 精神科長效針劑藥費追扣補付。

(十四)鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫

全年經費 300 百萬元，本獎勵費用採年度結算，分個案獎勵及醫院評比獎勵。

1、個案獎勵

(1) 追扣補付原因別：1V8/2V8 呼吸器依賴計畫-RCC 個案獎勵追扣補付；1X3/2X3 呼吸器依賴計畫-RCW 個案獎勵追扣補付。

(2) 以當年度本專款之三分之一為上限，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。

2、醫院評比獎勵

(1) 追扣補付原因別：1V9/2V9 呼吸器依賴計畫-RCC 評比獎勵追扣補付；1X4/2X4 呼吸器依賴計畫-RCW 評比獎勵追扣補付。

(2) 以當年度本專款之三分之二為上限，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。

(十五)持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(112 年新增項目)

全年經費 500 百萬元，本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值。

1、追扣補付原因別：1Y9/2Y9 持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能追扣/補付。

2、以每點 1 元為上限，但若有超支，則以浮動點值支付。

(十六)健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(112 年新增項目)

全年經費 1,000 百萬元，本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值。

1、追扣補付原因別：1Y8/2Y8 健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能追扣/補付。

2、以每點 1 元為上限，但若有超支，則以浮動點值支付。

(十七)地區醫院全人全社區照護計畫

全年經費 500 百萬元。

1、開辦建置費：追扣補付原因別「1AM/2AM：全人全社區計畫之開辦建置費追扣補付」。

2、個案管理費：追扣補付原因別「1AN/2AN：全人全社區計畫之個案管理費追扣補付」。

3、績效獎勵費用：(113 年不支付本項費用)

追扣補付檔原因別「1AO/2AO 全人全社區計畫績效獎勵費追扣補付」(該作業於次年第 1 季才結算，由當年之預算支應，並於次年之結算報表中補充說明當年預算支應情形)。

※績效獎勵費用，每人支付 550 點/年；會員若於計畫執行期間於收案醫院無就

醫紀錄，則不予核付本項費用。

4、失智症門診照護家庭諮詢費用：

醫令代碼 P8501B、P8502B(醫令類別為 2)之醫令點數加總。追扣補付原因別：1AP/2AP/344/444 全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費追扣/補付/全年結算追扣/全年結算補付。

※同院所每位病人每年最多給付 2 次費用(REA 處理，並寫入追扣補付檔)。

※同一個案當年度之本項費用不得與醫院以病人為中心門診整合照護計畫之失智症門診照護家庭諮詢費用重複申報。

5、多重慢性病人門診整合費用：

追扣補付檔原因別「1AQ/2AQ 全人全社區計畫-多重慢性病人門診整合費追扣/補付」。(該作業通常於次年第 1 季才結算，由當年之預算支應，並於次年結算報表中補充說明當年預算支應情形)。

※慢性病包含高血壓、糖尿病、高血脂、慢性腎臟病。

※當年度於收案醫院內 2 種(含)以上慢性病就醫案件，每次就醫開立之慢性病連續處方箋需含兩類（含）以上慢性病用藥」，總處方調劑日分需達 56 日(含)以上，且無門診特定藥品重複用藥費用管理方案」之重複用藥情形。

6、三高疾病整合照護提升費：

追扣補付檔原因別「1AR/2AR 全人全社區計畫-三高疾病整合照護提升費追扣/補付」。(該作業通常於次年第 1 季才結算，由當年之預算支應，並於次年結算報表中補充說明當年預算支應情形)。

※當年度已獲醫療給付改善方案-糖尿病/初期慢性腎臟病/糖尿病併同初期慢性腎臟病之品質獎勵金之醫院，同一個案不得重複領取該計畫品質獎勵金或本項費用。

7、採浮動點值支付，且每點支付金額不高於 1 元。

(十八)區域聯防-提升急重症照護品質

全年預算 268 百萬元。

1. 區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作

全年經費 81 百萬元。預算先扣除「網絡建置費」後，按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元，當季預算若有結餘則流用至下季。於年度結束後進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於 1 元。

(1) 醫令類別為 2 或 K 者，當季結算時除擷取醫令代碼外，另需擷取追扣

補付原因別。

(2) 費用年月 113 年 7 月起，支應費用如下：

A. 網絡建置費：分區自行分配後逕行過帳作業，費用年月介於 113/07-113/12，醫事類別：12。

B. 急重症疾病照護獎勵：醫令代碼 P8201B(醫令類別為 2 或 K)之門、住診醫令點數加總。

C. 跨院合作執行費獎勵：

(A)轉出醫院申報醫令代碼 P8204B、P8205B，醫令類別為 G，支付點數為 0。

(B)接受轉入醫院申報醫令代碼 P8206B(醫令類別為 2 或 K)之門、住診醫令點數加總。

D. 行收治病人獎勵：醫令代碼 P8207B(醫令類別為 2 或 K)之門、住診醫令點數加總。

(3) 追扣補付原因別：

A. 網絡建置費：1AS/2AS：主動脈剝離手術病患照護跨院合作-網絡建置費追扣/補付。

B. 急重症疾病照護獎勵：1AT/2AT：主動脈剝離手術病患照護跨院合作-急重症疾病照護獎勵追扣/補付。

C. 跨院合作執行費獎勵：1AU/2AU：主動脈剝離手術病患照護跨院合作-跨院合作執行費獎勵追扣/補付。

D. 自行收治病人獎勵：1AV/2AV：主動脈剝離手術病患照護跨院合作-自行收治病人獎勵追扣/補付。

2. 區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作

全年經費 127 百萬元，預算先扣除「網絡建置費」後，按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元，當季預算若有結餘則流用至下季。於年度結束後進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於 1 元。

(1) 醫令類別為 2 或 K 者，當季結算時除擷取醫令代碼外，另需擷取追扣補付原因別。

(2) 費用年月 113 年 7 月起，支應費用如下：

A. 網絡建置費：分區自行分配後逕行過帳作業，費用年月介於 113/07-113/12，醫事類別：12。

B. 急重症疾病照護獎勵：醫令代碼為 P8202B、P8203B，醫令類別為 2 或 K 之門、住診醫令點數加總。

C. 跨院合作執行費獎勵：

(A) 轉出醫院按月申報 P8208B、P8209B、P8210B，醫令類別為 G，支付點數為 0。

(B) 接受轉入醫院按月申報 P8211B(醫令類別為 2 或 K)之門、住診醫令點數加總。

D. 自行收治病人獎勵：醫令代碼 P8212B(醫令類別為 2 或 K)之門、住診醫令點數加總。

E. 追扣補付原因別：

(A) 網絡建置費：1BM/2BM：腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作-網絡建置費追扣/補付。

(B) 急重症疾病照護獎勵：1BN/2BN：腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作-急重症疾病照護獎勵追扣/補付。

(C) 跨院合作執行費獎勵：1BO/2BO：腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作-跨院合作執行費獎勵追扣/補付自行收治病人獎勵。

(D) 自行收治病人獎勵：1BP/2BP：腦中風經動脈取拴術病患照護跨院合作-自行收治病人獎勵追扣/補付。

3. 區域聯防-術後加速康復推廣計畫

全年預算 60 百萬元。

[註]將依計畫之修訂內容，據以辦理 114 年度總額結算事宜。

(十九)抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫

全年經費 225 百萬元。

1. 費用年月 113 年 6 月起，支應費用如下：

（1） 高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護評估：醫令代碼「P8301B」。

（2） 醫院感染管制品質獎勵。

2. 追扣補付原因別：

（1） 1AG/2AG：抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫-評估費追扣費用/抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫-評估費補付費用。

（2） 1AH/2AH：抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫-院所獎勵追扣費用/抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫-院所獎勵

補付費用。

3.結算方式：

（1）本計畫預算優先支應「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」後，餘款支應「醫院感染管制品質獎勵」。

（2）「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」之結算：預算按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於1元，當季預算若有結餘則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

（3）「醫院感染管制品質獎勵」每年結算一次，由保險人於次年3月底前，計算參與計畫之醫院名單及分配金額後，辦理撥付事宜。

(二十)品質保證保留款：本項專款額度(1,029.5百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原106年品質保證保留款之額度(388.7百萬元)，合併運用(計1,418.2百萬元)。

(二十一)若病患同時符合多項專款先取「急診品質提升方案」醫令代碼，次取「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」-器官移植手術個案之當次住診費用、再取「器官移植捐贈手術個案之當次住診費用」，再取「罕見疾病費用」，再依醫令代碼分別計算「血友病」、「罕見疾病特材」、「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」-移植術後門住診追蹤之抗排斥藥費、「醫療給付改善方案」、再取「西醫醫療資源不足地區改善方案」、「後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費」、「既有C型肝炎(HCV)藥品」、「全口服C肝新藥」、「精神科長效針劑藥費」~~、「住院整合照護服務試辦計畫」、「慢性傳染病照護品質計畫」~~、「暫時性支付」、「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」、「地區醫院全人全社區照護計畫」、區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作、區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作、「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」。

(二十二)醫院專款項目依申報情形辦理結算，不考慮其核減數。如有核減、申復等事宜則在追扣補付檔處理。

[註]:將依各項目或計畫之修訂內容，據以辦理114年度總額結算事宜。

附表、114 年醫院總額醫療給付費用一般服務之固定點值項目擷取順序及條件

114 年一般服務保障項目如下：對應申請區域醫院評鑑之地區醫院，如經評鑑不符合區域醫院者，自評鑑不符合之日起，1 年內不得適用地區醫院保障項目【地區醫院急診診察費、地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)、地區醫院住院病房費、一般病床住院診察費、住院護理費】，惟其護病比符合區域醫院評鑑標準者，其醫療服務得比照區域醫院保障【區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費】；另自醫院評鑑不符合之日起 1 年後，仍不符合區域醫院評鑑者，不得適用地區醫院保障項目，亦不得比照區域醫院保障。

[註]:依據 113 年 11 月 27 日、114 年 3 月 12 日醫院總額 113 年度第 4 次、114 年第 1 次研商議事會議決議辦理。

擷取順序	項目	投保分區	條件	保障分類	
				每點 1 元	前 1 季該分區平均點值
一	門診、住診之藥事服務費	區分	門診、住院點數清單段之「藥事服務費」點數。	藥事服務費	
二	門診手術	區分	1. 門診「案件分類」=03(西醫門診手術)。 2. 門診「案件分類」=C1(論病例計酬案件,不含體外電震波腎臟碎石術)。	申請費用+部分負擔	
三	急救責任醫院之急診醫療服務點數	區分	1. 主管機關公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院。 2. 門診案件分類=02(西醫急診)。	申請費用+部分負擔	
四	住診手術費	區分	住院點數清單段之「手術費」點數。	手術費	
五	住診麻醉費	區分	住院點數清單段之「麻醉費」點數。	麻醉費	
六	血品費	區分	門診、住院醫令清單段之「醫令代碼」為 93001C~93023C。	醫令點數	

撷取順序	項目	投保分區	條件	保障分類	
				每點 1 元	前 1 季該分區平均點值
七	地區醫院急診診察費	區分	1. 門診與住院醫令清單段之「醫令代碼」為 01015C、00201B、00202B、00203B、00204B、00225B、01021C(醫令類別 2、Z)之醫令點數。 2. 費用年月 106 年 10 月起新增。	醫令點數	
八	經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院	區分	經主管機關核備，保險人公告之「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」(簡稱分區偏遠認定原則)所列醫院之核定醫療服務點數		申請費用+部分負擔，惟結算後如前一季該分區平均點值小於當季該分區浮動點值，該季該分區偏遠地區醫院之浮動點數以當季該分區浮動點值核付。
九	地區醫院假日及夜間案件(不含藥費)	區分	1. 操作型定義詳附件。 2. 費用年月 110 年 4 月起新增。	申請費用+部分負擔-藥費	
十	區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費	區分	1. 操作型定義詳附件。 2. 費用年月 110 年 4 月起新增。	醫令點數	

擷取順序	項目	投保分區	條件	保障分類	
				每點 1 元	前 1 季該分區平均點值
十一	區域級(含)以上醫院加護病床住院診察費、 區域級(含)以上醫院加護病床住院病房費。	區分	1. 操作型定義詳附件。 2. 費用年月 111 年 4 月起新增。	醫令點數	
十二	地區醫院住院病房費（含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床） 地區醫院一般病床住院診察費。 地區醫院住院護理費（含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床。	區分	1. 操作型定義詳附件。 2. 費用年月 111 年 4 月起新增。		

擷取順序	項目	投保分區	條件	保障分類	
				每點 1 元	前 1 季該分區平均點值
十三	醫院生產案件	區分	1. 醫院申報下列任一醫令(醫令類別為 2、X、Z)之當次生產案件費用： (1)自然產案件之醫令代碼：81017C(無妊娠併發症之陰道產)、81018C(雙胎分娩)、81019C(多胎分娩)、81024C(前胎剖腹產後之陰道生產(接生費))、81025C(前胎剖腹產後之陰道生產(雙胎分娩))、81026C(前胎剖腹產後之陰道生產(多胎分娩))、81034C(有妊娠併發症之陰道產)、97004C(陰道生產)、97934C(前胎剖腹產之陰道生產) (2)剖腹產案件之醫令代碼：81004C(無妊娠併發症之剖腹產術)、81005C(剖腹產合併次全子宮切除術)、81011C(有妊娠併發症之剖腹產術)、81028C(前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產)、81029C(剖腹產合併全子宮切除術)、97009C(剖腹產)、97014C(自行要求剖腹產)。 2. 費用年月 114 年 1 月起新增。	申請費用+部分負擔	

註 1：藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。
註 2：操作型定義詳附件。
註 3：點數清單段係指特約醫事服務機構門診(住診)醫療費用點數申報格式之點數清單段；醫令清單段係指特約醫事服務機構門診(住診)之醫令清單段，相關欄位擷自前開申報資料。

附件、地區醫院及區域級(含)以上醫院之固定點值操作型定義

執行項目	定義
一、地區醫院	地區醫院係指非區域級以上醫院(含特約類別 3、4 之地區醫院，即含未經評鑑通過之醫院)。
(一)假日、夜間門診案件(不含藥費)。	一、假日門診案件： 該案件門診診察費>0 且就醫日期屬假日者，假日之規定依行政院人事行政總處公告辦理(各年度政府行政機關辦公日曆表所列之上班日及放假日，其中補行上班日視為上班日，調整放假日則視為國定假日)。 ※門診診察費係指點數清單段之「診察費點數」。 二、夜間門診案件： 該案件門診診察費(醫令類別為 0)之醫令「執行時間-起」欄位符合 18:00~23:59 或 00:01~05:59 者(排除當日申報時間為 00:00)。 藥費：係指點數清單段之「用藥明細點數小計」。
(二)住院病房費、一般病床住院診察費、住院護理費 1. 住院病房費（含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)。	住院病房費係指「醫令代碼」為 03004B、03008B、03057B、03063B（醫令類別為 2、X、Z）之醫令點數。
2. 一般病床住院診察費。	一般病床住院診察費係指「醫令代碼」為 02008B（醫令類別為 2、X、Z）之醫令點數。
3. 住院護理費（含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)。	住院護理費係指「醫令代碼」為 03079B、03029B、03082B、03033B、03088B、03060B、03091B、03066B（醫令類別為 2、X、Z）之醫令點數。
二、區域級(含)以上醫院	區域級以上醫院係指特約類別為醫學中心及區域醫院者。
(一)加護病床住院護理費。	加護病床住院護理費係指「醫令代碼」03104E、03105F、03106G、03047E、03048F、03049G、03095A、03096B、03037A、03039B、03098A、03041A(醫令類別 2、X、Z)之醫令點數。
(二)加護病床住院診察費、病房費 1. 加護病床住院診察費。	加護病床住院診察費係指「醫令代碼」為 02011K、02012A(醫令類別為 2、X、Z）之醫令點數。
2. 加護病床住院病房費。	加護病床住院病房費係指「醫令代碼」為 03010E、03011F、03012G、03014A、03025B、03017A(醫令類別為 2、X、Z 之醫令點數)。

附件2

各分區個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫

一、依據全民健康保險法(下稱健保法)第 61 條第 4 項規定辦理。

二、依據健保法第 61 條第 4 項規定略以，保險人應遴聘保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表及專家學者，研商及推動總額支付制度。為辦理研商作業，健保署針對各總額原則上每 3 個月召開一次全民健康保險醫療給付費用總額研商議事會議，以利推動總額支付制度。

三、為強化分區各醫院自主管理責任及保留各分區共管之彈性，本署自 114 年起推動各分區個別醫院前瞻式預算分區共管方式，重點如下：

(一)推動時程:自 114 年第 1 季實施,臺北區於 114 年第 2 季實施。

(二)參與醫院:由各分區業務組與共管會議討論,採全區一致參加。

(三)基期設定：計算基礎：固定(113 年同季一般服務收入)或滾動(前一年同季一般服務收入)。固定基期者，可 3~5 年為一週期進行檢討。

四、特殊醫院調整：

(一)成長型醫院採基期分配後之剩餘預算因應，考量急重難罕照護需求、政策配合情形、人力病床數投入資源及人員薪給等，綜合調整分階成長率。

(二)新設醫院採逐年特約(依當地醫療資源及開床情形分 3-5 年)，並核與當年額度。

(三)離島醫院及燈塔型醫院營運保障所需經費，另以專款支應。

五、設定監測指標：

(一)如有不當轉診情形，不予保障基期收入，改以該區當季平均點值支付。

(二)達到正向指標另以品質專款或其他部門預算支應獎勵款。

六、特定排除列計項目：

（一）支付標準調整：當年度支付標準調整所致之申報點數成長，如加護病房加成、醫院評鑑等級改變等。

（二）急、重、難、罕症照護：收治急重症患者，如急性心肌梗塞、急性腦中風取栓、主動脈剝離、重大創傷及急診緊急手術、加護病房照護、新增癌症、罕病患者等。

（三）政策配合事項，如居家醫療、在宅急症照護、居家透析、支援偏鄉醫療、分級醫療政策、學名藥/生物相似藥政策、DRG 等。

七、 各分區方案公告於本署全球資訊網，各分區執行細節將於各分區共管會議討論取得共識，據以實施。